



Les réponses de la psychologie scientifique aux questions que tout le monde se pose

La question que tout le monde se pose un jour ou l'autre :

Pourquoi devient-on alcoolique ? Peut-on s'en sortir ? Comment ?

Le spécialiste qui y répond sur la base de la psychologie scientifique : Alain Cerclé

Une courte biographie de l'auteur :

Alain Cerclé, Professeur de Psychologie Sociale de la Santé à l'Université Rennes 2, est membre du Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Communication (CRPCC, EA 1285). Il a été à l'origine de la création du Master 2 de Psychologie Sociale et Communautaire de la Santé à l'Université Rennes 2. Un de ses principaux axes de recherche concerne, depuis plus de 30 ans, les déterminants psychosociaux des addictions, les stratégies de coping individuelles et collectives face au risque alcool, le soutien social et la qualité de vie post-alcoolique. Il est membre de plusieurs organisations internationales de recherche en alcoolologie et Prix Robert Debré (Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme).

La réponse fournie par l'auteur :

« Le poisson est dans l'eau et l'eau est dans le poisson » (Arthur Miller)

Hérité de Parabe (Al Khol), le mot alcool signifie étymologiquement : « ce qui est très subtil ». Tantôt euphorisant, sédatif ou excitant, il est, selon la formule de Pierre Janet, « de toutes les fêtes et de tous les deuils ». On comprend pourquoi son usage fut de tout temps pluriel : religieux, festif, instrumental ou thérapeutique. Si la complexité des manières de boire ne cesse d'interroger les chercheurs, il en va de même pour les effets du produit sur l'organisme. Les théories de « l'alcoolisme » sont aujourd'hui nombreuses que ce soit en biologie, sociologie ou psychologie. En 1987, Blane et Leonard ne recensaient pas moins de neuf théories psychosociales des « problèmes d'alcool ». Aux figures changeantes du produit, il faut associer celles du « buveur à problème ». Au fil du temps, sous l'influence de la philosophie des lumières et de la pensée médicale, le buveur intempérant est devenu un malade, et l'ivrognerie une pathologie. Mais cette évolution a emprunté des chemins tortueux et la frontière entre le « buveur sain » et le « buveur pathologique » reste encore bien floue, même si on ne considère plus aujourd'hui, comme en 1950, que boire 1 litre de vin par jour est une dose tolérable pour un travailleur manuel. C'est en 1951 que l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu l'alcoolisme comme une maladie. Peu à peu, la dénonciation de l'intempérance comme vice et/ou déviance a reculé sans toutefois faire de l'alcoolique un malade vraiment comme les autres... En ce début du XXI^{ème} siècle, ce sont les excès de certains jeunes qui mobilisent les experts de santé : le « binge drinking » (la défonce) devient l'objet de préoccupations croissantes et légitimes. Restons vigilants, cependant, car, après les grandes peurs de la bourgeoisie du XIX^{ème} siècle à l'égard de « l'alcoolisme ouvrier », il convient de s'interroger sur la part de l'idéologie et de la science dans nos recherches.

Définitions

Les conceptions de l'alcoolisme comme maladie ont vu le jour au tout début du XIX^{ème} siècle dans le monde anglo-saxon, essentiellement sous l'angle d'une pathologie de la volonté due à l'excès de spiritueux. En Europe, le terme d'« *alcoolisme chronique* » fut forgé en 1850 par le médecin suédois Magnus Huss pour désigner l'ensemble des lésions organiques causées par le toxique alcool. Ces deux catégories médicales diffèrent : la première focalise son attention sur les mécanismes psychologiques et neurologiques de *dépendance* au produit, alors que la seconde s'intéresse davantage à l'impact somatique du produit (cirrhose, polynévrite, dommage cérébral, etc.). En France, il faudra attendre les années 1970 pour que la notion de dépendance s'impose dans le champ psychiatrique. En 1980, nos campagnes de prévention dénonceront l'alcool comme une « drogue en vente libre ». En réaction, aux dommages individuels et collectifs causés par le mésusage de l'alcool, une autre catégorie psychiatrique a vu récemment le jour (DSM-IV, CIM 10) : celle d'*abus*. Le buveur « abuseur » boit en dépit des dommages individuels et sociaux causés par l'alcool, sans être concerné par les symptômes caractéristiques de la dépendance (tolérance et troubles physiologiques et/ou psychologiques du sevrage). Actuellement, on assiste à la mise en place de catégories infra-cliniques concernant les « *usagers à risque* ».

Déterminants individuels et environnementaux de l'alcoolisme

Si l'on connaît - à peu près - la répartition des buveurs dans une population générale (5% de buveurs pathologiques, 15 % de buveurs à risque, 60% de consommateurs à faible risque et 20% d'abstinents), on ne sait toujours pas très bien comment on passe d'une catégorie à une autre (Cerclé, 2002). Pour qu'il ait un problème d'alcool, il faut un subtil cocktail comprenant une personne, un produit et un environnement. Dans l'état des connaissances actuelles, aucun des facteurs cités ne peut prétendre expliquer *à lui seul* un état alcoolique. Ce constat s'impose après l'échec des points de vue prohibitionnistes (« en supprimant l'alcool on supprime l'alcoolisme »), personnologiques (il n'y a pas *une* personnalité alcoolique) ou socio-économiques (le « socialisme réel » n'a pas vaincu l'alcoolisme). Si de nombreux facteurs de risque ont été identifiés (accessibilité du produit, histoire familiale, sexe, âge, profession...), aucun ne constitue une cause nécessaire et suffisante pour expliquer l'apparition d'un état alcoolique.

Age	L'alcoolisme apparaît plus vite chez les hommes que chez les femmes. Passé le milieu de la quarantaine, il est moins probable qu'un homme soit diagnostiqué alcoolique. Après 65 ans, il est encore plus rare qu'une pathologie alcoolique s'installe.
Genre	L'abus d'alcool est cinq fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Cependant, l'incidence de l'alcoolisme féminin augmente depuis 30 ans (levée du « tabou » ou fait réel ?). L'organisme féminin est toutefois affecté plus rapidement par l'alcool parce qu'il a un taux de graisse supérieur à celui des hommes. Les attentes (attentes) à l'égard de l'alcool diffèrent également selon le genre (Cerclé, 1998).
Histoire familiale	Le taux d'alcoolisme chez les hommes sans parents alcooliques est de 11,4%. Il est de 29,5% avec un parent alcoolique. Chez les femmes, l'influence familiale est moins probante.
Génétique	Certaines études suggèrent une variabilité génétique dans les réponses de l'organisme à l'alcool (cf. le rôle probable du gène récepteur de dopamine D2).
Culture	Selon les cultures (ethniques, religieuses, professionnelles...), le taux d'alcoolisme diffère nettement. Le rôle du contrôle social et des normes collectives est ici évident.
Facteurs psychologiques	Des attentes (expectations) positives à l'égard de l'alcool, une faible tolérance à la frustration, une estime de soi incertaine, des tendances impulsives et agressives, des difficultés dans la gestion des humeurs négatives... sont des facteurs à risque.
Désordres psychiatriques	Les pathologies alcooliques sont associées de manière prévalente avec les troubles anxieux, la dépression, les comportements antisociaux, la schizophrénie, les conduites toxicomaniaques...

Tableau n°1 : Quelques facteurs de risque couramment identifiés en alcoologie

Face à cette complexité étiologique et épidémiologique, les études longitudinales sont les seules à nous éclairer sur les antécédents psychosociaux des états morbides. Ainsi, Jessor *et al.* (1983) ont-ils mis en évidence l'absence de relations systématiques entre l'alcoolisation à l'adolescence et l'alcoolisme adulte, tout en pointant le rôle prédictif de sous-ensembles comportementaux. Ces « comportements-problèmes » rassemblent des conduites problématiques (usages de drogues, précocité sexuelle...) et des difficultés d'adaptation conventionnelle (faibles performances scolaires, moindre engagement idéologique, conduites déviantes...). Les travaux de Newcomb (1994) ont également mis en avant l'existence d'un « syndrome de déviance générale » (associé à certaines formes de « dysfonctionnement familial ») comme facteur de risque majeur chez les jeunes. Dans une perspective situationniste, il convient d'étudier plus à fond le rôle des médiateurs cognitifs et comportementaux dans les comportements d'alcoolisation (Cerclé, 1998). Le recours « instrumental » à l'alcool face à l'adversité quotidienne (stress, gestion des humeurs négatives...) constitue un facteur de risque non négligeable lorsqu'il est associé à des attentes positives concernant les effets du produit (Boscher et Cerclé, 2004).

Peut-on s'en sortir ?

La définition de l'alcoolisme comme « maladie » ne fait pas l'unanimité (Goodwin, 2002). A la conception médicale de l'alcoolisme qui implique un parcours thérapeutique codifié (cures, psychothérapies...) et, souvent, l'abstinence définitive d'alcool, les tenants des théories de l'apprentissage opposent le principe du « boire contrôlé ». Mais, y a-t-il une voie royale pour en finir avec l'alcoolisme ? En 2002, une étude menée par le « *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* », (U.S.A.), sur 4 422 adultes malades alcooliques montre qu'un an après le début d'une prise en charge thérapeutique (*quelle qu'elle soit*) :

- 25% des personnes sont encore dépendantes ;
- 27,3% sont en rémission partielle (des symptômes alcooliques persistent) ;
- 11,8% sont devenues des buveurs (ou buveuses) sans problèmes (mais le risque de réalcoolisation demeure) ;
- 35,9% sont pleinement sorties d'affaire (dont 17,7% qui sont devenues des buveurs ou buveuses à faible risque et 18,2% des abstinents).

Comme le révèle aussi l'étude *MATCH* aux Etats-Unis (Cerclé, 2001), quel que soit le programme suivi (motivationnel, cognitivo-comportemental, initiation aux Alcooliques Anonymes), l'observance thérapeutique produit toujours des effets appréciables, mais on est bien loin d'une réussite à 100%.

Conclusion : Que faire ?

Pourquoi attendre si longtemps avant d'agir ? La prise en compte des « comportements-problèmes » chez les jeunes, des stratégies d'ajustement « alcoologènes » chez les personnes en difficulté et des ressources de l'entourage (souvent pris au piège de l'évitement ou de la co-dépendance) semblent des voies prometteuses. Dans cette perspective, les modèles de la Psychologie de la Santé peuvent apporter leur concours à une alcoologie encore « en chantier ». Cette contribution concerne d'abord l'exploration clinique approfondie. Tout critère d'ajustement pathologique ou problématique doit être « décodé » à l'aide d'un schéma de type « intégré » (inspiré du modèle générique proposé en psychologie de la santé par Bruchon-Schweitzer, 2002) où l'on tiendra compte : des prédicteurs (événements de vie, antécédents bio-psycho-sociaux), des modérateurs et des médiateurs du comportement (stress perçu, soutien social, styles de coping...). Une telle approche doit bien sûr être assortie d'un regard psychosocial, car la relation à l'alcool est toujours située dans un rapport ternaire Ego-Alter-Objet (l'autre est présent dans la relation du sujet à l'alcool), et d'une approche « écologique » attentive aux environnements du

sujet. Dans une perspective de prévention primaire, le rôle des attentes (attentes du sujet) et du contrôle perçu à l'égard de l'alcool semble peu travaillé en France, c'est pourtant là une piste particulièrement prometteuse (Boscher et Cerclé, 2004). Une démarche pédagogique et des mises en situations provoquant une confrontation entre les « croyances » quant aux effets du produit et son impact réel sur le sujet peuvent favoriser « un dégel cognitif » susceptible de remettre en cause certains processus de renforcement « addictogènes » (Boscher, 2005). Dans une optique de prévention secondaire (ex. « réduction des dommages »), l'utilisation de tests du type AUDIT (O.M.S.) et les stratégies de gestion des situations à risque se révèlent également utiles, surtout pour les sujets « abuseurs ». Enfin, dans le champ de la prévention tertiaire, les groupes d'entraide pour malades alcooliques dépendants ont démontré leur efficacité dans le maintien d'une abstinence durable d'alcool (Cerclé, 2002 a).

Quelques références bibliographiques incontournables pour les spécialistes :

- Blane, H.T., & Leonard, K.E., (1987). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York, London : The Guilford Press.
- Boscher, G., Pavic, G. et Périssol, S., (2002). Attitudes, comportements et prévention face aux conduites de consommation d'alcool. In C. Bonardi, F. Girandola, N. Roussiau et N. Soubiale (Eds), *Psychologie sociale appliquée, Environnement, Santé, Qualité de vie*, Paris : In Press.
- Boscher, G., & Cerclé, A., (2004). Alcool, stress et attentes. In P. Pansu et C. Louche (Eds), *La psychologie appliquée à l'analyse de problèmes sociaux*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cerclé, A., (2005), L'Alcoolisme. In G. Besançon (Ed.), *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Cerclé, A., (2002 a). L'Etude narratologique et stratégique des modérateurs psychosociaux des ajustements post-alcooliques. In C. Bonardi, F. Girandola, N. Roussiau et N. Soubiale (Eds), *Psychologie sociale appliquée, Environnement, Santé, Qualité de vie*, Paris : In Press.
- Cerclé, A., (2002 b). L'approche interactionniste et développementale des facteurs de risque : l'exemple de l'alcoolisme. In G.F. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Marlatt, G.A., (1999). A Commentary on Project MATCH. In J.A. Tucker, D.M. Donovan, G.A. Marlatt (Eds), *Changing Addictive Behavior*, New York, London: The Guilford Press.

Références pour que le public puisse en savoir plus :

- Cerclé, A., (1998). *L'alcoolisme*, Paris : Flammarion.
- Goodwin, D.W., (2002). *Alcoholism: the facts*. Oxford: University Press.

Date de livraison de l'article : 31 octobre 2007

Autres articles de la rubrique en rapport avec celui-ci : La soif est-elle apaisée de la même façon selon la couleur du verre? Tout le monde peut-il être victime d'un stress post-traumatique ?